



Implementering av vårdintensitet inom öppna vården

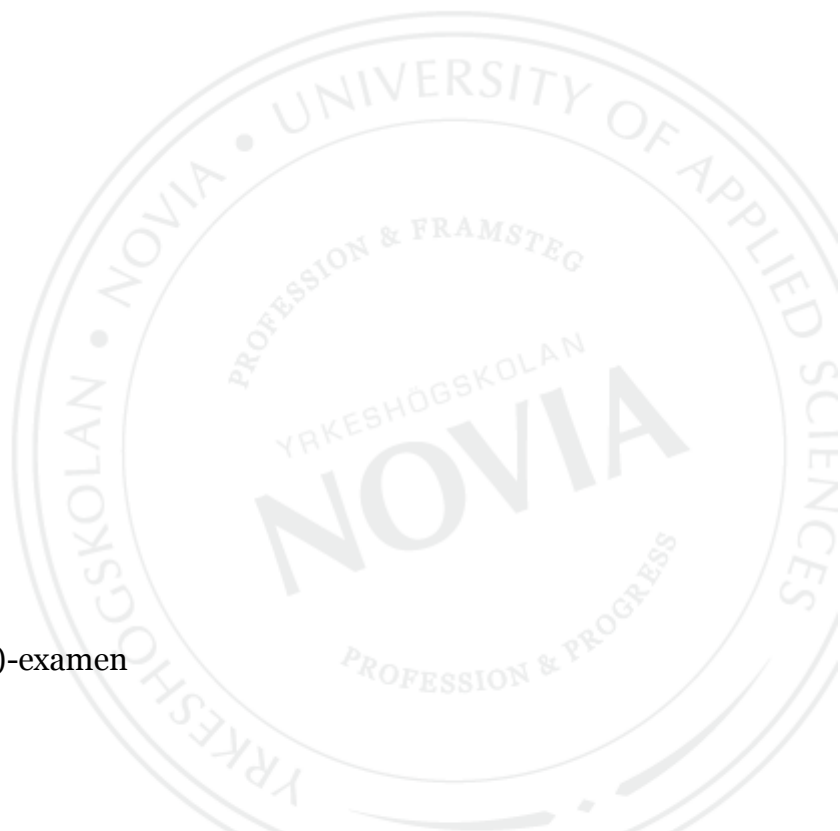
Johanna Bäckström

Mikaela Laxström

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för Vård

Vasa 2013



EXAMENSARBETE

Författare: Bäckström Johanna & Laxström Mikaela

Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa

Handledare: Frilund Marianne & Kulla Gunilla

Titel: Implementering av vårdintensitet inom öppna vården

Datum: Maj, 2013

Sidantal: 28

Bilagor: 4

Abstrakt

Syftet med studien är att undersöka och kartlägga vilka faktorer som upplevs som belastande inom öppna vården, faktorer som inte är direkt patientrelaterade. Resultatet av studien är en del i utvecklingen av RAFAELA-systemet. RAFAELA-systemet mäter patientens individuella vårdbehov i förhållande till personalresurserna och består av tre olika delar: Oulu Patinet Classification (OPC), Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level (PAONCIL) och en personaldel. Med hjälp av dessa tre olika mätinstrument är det möjligt att fastställa enhetens optimala vårdintensitetsnivå. Denna studie har utförts med kvalitativa semistrukturerade intervjuer och omfattar 8 sjukskötare och 8 närvårdare med lång erfarenhet inom området. Studien består även av en teoretisk del som baserar sig på tidigare forskningar och litteratur inom området. Det framkom i studien att det har blivit mera avancerad sjukvård inom öppna vården samt att tidsbristen upplevs som arbetsbelastande. Resultatet visar även att bilkörning inte upplevs som arbetsbelastande. Det nämns också att klienterna har blivit mera vårdkrävande idag inom öppna vården, de är i sämre skick och sjukare. Idag vårdar man mera människan, förut vårdade man också hemmet. Vidare anser informanterna att vårdplaner är mycket tidskrävande, de blir inte alltid uppdaterade och detta leder till att man inte alltid arbetar mot samma mål.

Språk: Svenska

Nyckelord: Rafaela, Rafaela – systemet, vårdintensitet, Icke patientrelaterade faktorer, OPC, PAONCIL, patientens behov, Caritas, god omvårdnad.

BACHELOR'S THESIS

Author: Bäckström Johanna & Laxström Mikaela

Degree Programme: Health care, Vaasa

Supervisors: Frilund Marianne & Kulla Gunilla

Title: Implementation of nursing care intensity in home care

Date: May, 2013

Number of pages: 28

Appendices: 4

Summary

The aim of this study is to investigate and identify factors that are perceived as harmful in patient care, factors that are not directly patient-related. The result of the study is part of the development of the Rafaela system. The Rafaela system measures individual care needs in relation to human resources and consists of three parts: Oulu Patient Classification (OPC), Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level (PAONCIL) and a staff part. Using these three different indicators, it is possible to determine the unit's optimum level of nursing care intensity. This study was performed with qualitative semi-structured interviews and includes eight nurses and eight practical nurses with long experience in the field. The study also consists of a theoretical part, based on previous research and literature. The study revealed that advanced medical care is increasing in outpatient care, and that lack of time is perceived as a burden. The result also shows that driving is not perceived as a burden. It is also mentioned that the clients' need of more demanding health care is increasing in home care, they are in worse condition and sicker. Today the focus is on caring for the client, previously one also took care of the home. Furthermore, the informants say that care plans are very time consuming and they are not always updated, and this leads to difficulties in working towards the same goal.

Language: Swedish

Key words: Rafaela, Rafaela system, Nursing, Nursing intensity, Measuring, Workload, OPC, PAONCIL, Nursing workload, Non-patient factors, PAONCIL method.

Innehåll

1	Inledning	1
2	Syfte och problemprecisering	1
3	Teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning	2
3.1	Vårdintensitet som begrepp	2
3.2	RAFAELA-systemet	3
3.2.1	OPC	4
3.2.2	Personalresurs	5
3.2.3	PAONCIL	6
3.3	Fastställande av optimal vårdintensitet	6
3.3.1	Randvillkor för fastställande av optimal vårdintensitet	7
3.3.2	Icke patientrelaterade faktorer som påverkar NI	7
3.4	God vård och omsorg	8
3.4.1	Aktuell lagstiftning	8
3.4.2	Patientens behov	9
4	Metod	10
4.1	Datainsamling	10
4.2	Dataanalys	10
4.3	Undersökningsgrupp	11
4.4	Undersökningens genomförande	11
4.5	Etiska riktlinjer för forskning och utveckling	11
5	Vård i hemmet	12
5.1	Närvårdare beskriven inom öppenvård	12
5.2	Sjukskötare beskriven inom öppenvård	13

6	Resultat	13
7	Tolkning och diskussion	24
	7.1 Kritisk granskning	26
	7.1.1 Perspektivmedvetenhet	27
	7.1.2 Innebördsrikiedom	27
	7.1.3 Konsistens	28

Litteratur

Bilagor

1 Inledning

Vårt lärdomsprov skrivs under perioden hösten 2012 och våren 2013 vid Yrkeshögskolan Novia. Det är ett beställningsarbete av Lisbeth Fagerström, som är professor inom hälsovetenskap vid Buskerud Universitet i Drammen, Norge. Lisbeth Fagerström ansvarar för att utveckla och forska inom RAFAELA-systemet, samt den nationella benchmarking-verksamheten. RAFAELA – systemet mäter patientens individuella vårdbehov i förhållande till personalresurserna och består av tre olika delar: Oulu Patient Classification (OPC), Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level (PAONCIL) och en personaldel. Med hjälp av dessa tre olika mätinstrument är det möjligt att fastställa enhetens optimala vårdintensitetsnivå, vilket innebär att man mäter vårdens kvalitet.¹

Vi blev erbjudna att forska i RAFAELA –systemet för att undersöka vilka faktorer som upplevs som belastande inom öppna vården, faktorer som inte är direkt patientrelaterade. Icke patient-relaterade faktorer innebär andra faktorer än vårdintensitet som kan ha påverkan på arbetsbelastningen för vårdpersonal.² Enligt Rauhala & Fagerström beskrivs dessa faktorer som arbetsrelaterad stress, känslomässig utmattning, inre arbetsmotivation och arbetstillfredsställelse. Andra ickepatient relaterade faktorer som även har ett samband är organisation, administration, personalresurser och samarbete med olika enheter.³

RAFAELA -systemet är idag utvecklat enligt sjukhus- och institutionskontext, men eftersom andra faktorer kan påverka inom öppna vården, behövs det göras en utredning inom området. Vi har intervjuat 8 sjukskötare och 8 närvårdare som har lång erfarenhet inom öppna vården. Metoden som vi har använt oss av i studien är en kvalitativ semistrukturerad intervju. Informanterna arbetar såväl inom städer som på landsbygden.

2 Syfte och problemprecisering

Syftet med vårt lärdomsprov är att kartlägga vilka faktorer som inom öppna vården har förmåga att påverka hur man upplever vårdintensiteten⁴. Vi forskar i om man kunde införa RAFAELA-systemet inom öppna vården.

¹ Fagerström, L. & Frilund, M. 2009, 281.

² Rauhala, A. 2008, 81.

³ Rauhala, A. & Fagerström, L. 2007, 491.

Vår forskningsfråga lyder: Vilka faktorer (än patienternas vårdbehov) inverkar på skötarnas totala arbetsbelastning i vården?

3 Teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning

Här presenterar vi tidigare forskning samt annan litteratur inom forskningsområdet. Vi beskriver också RAFAELA -systemet och dess olika delar.

Teoretiska delen baserar sig på sökningar som gjordes via Cinahl, Pubmed, Ebsco, Terveysportti och även via Googles sökmotor. Vid dessa sökningar använde vi oss av sökorden i Rafaela, Rafaela – system, Nursing, Nursing intensity, Messuring, Workload, OPC, Paoncil, Nursing workload, Non-patient factors, Paoncil method, vårdintensitet, icke patientrelaterade faktorer, patientens behov, Caritas, god omvårdnad. Artiklar har även sökts genom att kontrollera referenslistor i tidigare publicerade artiklar. Litteratur inom området valdes ut genom att göra avgränsningar inom det aktuella området.

3.1 Vårdintensitet som begrepp

Nursing intensity innebär en utvärdering av mängden och kompetensen som krävs för omvårdnad av en patient, speciellt för en motsvarig bemanning eller för beräkning av kostnader.⁵ Redan Florence Nightingale använde sig av en intuitiv metod för att kunna klassificera patienterna och deras vårdbehov. Först många år senare började det hända inom utvecklingen av metoder och instrument för vårdtyngdsmätning. Mätning av vårdintensitet är beroende av hur man förklarar och definierar begreppet vårdintensitet, samt till vilket ändamål vårdintensitetsmätningen ska användas. Vårdtid, förbrukad arbetskraft, nödvändiga undersökningar och prov, konsultationer och mediciner är de viktigaste faktorerna för vårdintensitet. Hultén m.fl. beskriver vårdintensitet som personaltidsåtgång samt fysisk och psykisk belastning på vårdpersonalen⁶.

I USA försökte man redan på 1950-talet utföra vårdintensitetsmätningar och patientklassificeringar. Systemet vidareutvecklades därifrån och på 1960-talet kom

⁴ Rauhala, A. & Fagerström, L. 2007, 490-499.

⁵ Rauhala, A. 2008, 26.

⁶ Andersson, I. 1988, 26, 32.

vårdtyngdsklassificeringssystemet till Finland och Helsingfors universitetscentralsjukhus⁷. Enligt en litteraturstudie, utförd av Morris & MacNeela m.fl., beskrivs begreppet *nursing workload* som patientens beroende och *nursing intensity* mäter omvårdnadsbelastningen. Definitionen av dessa begrepp skiljer per definition men används för att mäta arbetsbelastningen i vården⁸.

3.2 RAFAELA -systemet

RAFAELA -systemet har utvecklats i Finland för sjukhusvård och det fungerar som ett instrument för vårdledare vid daglig personalplanering och strategisk resursplanering för avdelningen. Under de senaste åren har RAFAELA -systemet testats också inom primärvården och resultatet visar att mätinstrumentet är tillförlitligt inom äldrevården.⁹ Styrkan i RAFAELA -systemet är att vårdbehov inte enbart begränsas till den äldre patientens bristande förmåga att fungera, utan ser den äldre patientens behov som en helhet. I detta skede kan man konstatera att RAFAELA -systemet är användbart för att mäta vårdintensitet inom vården av äldre, men ytterligare forskning behövs, särskilt inom hemvården.¹⁰

RAFAELA -systemet är uppbyggt av Oulu Patient Classification (OPC), Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level (PAONCIL) och en personaldel¹¹. Med hjälp av RAFAELA -systemets PAONCIL-delinstrument är det möjligt att fastställa enhetens optimala vårdintensitets nivå, d.v.s. en situation där patientens vårdbehov har kunnat mötas på den nivå som enhetens fastställda kvalitetskriterier för god vård, förutsätter. Genom att bedöma vårdintensiteten per vårdare med hjälp av OPC-instrumentet kan vårdledaren över tid följa enhetens belastning och därmed enhetens vårdkvalitet. Med hjälp av detta system vill man mäta huruvida personalresurserna och patienternas vårdbehov genom strategisk planering fås i balans. Man vill få fram patientens individuella vårdbehov, vårdpersonalens kostnader och vårdarbetarnas arbetsinsats. Patienternas vårdtyngd mäts och bedöms med hjälp av vårdtyngdsklassificering¹².

⁷ Fagerström, L. 2000, 132.

⁸ Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P. & Hyde, A. 2007, 463-464.

⁹ Frilund, M. & Fagerström, L. 2009, 286.

¹⁰ Frilund, M. & Fagerström, L. 2009, 433.

¹¹ Frilund, M. & Fagerström, L. 2009, 427.

¹² Fagerström, L. 2000, 20-23; Frilund, M. & Fagerström, L. 2009, 281.

3.2.1 OPC, Oulu Patient Classification

OPC bygger på Rooper, Logan & Tierneys modell för vårdarbete¹³. Rooper-Logan-Tierneys modell beskriver olika fenomen i livet och deras samband. Modellen består av olika delområden och den viktigaste är livsfunktionen; trygghet i miljön, kommunikation, andning och cirkulation, närings- och vätskeintag, utsöndring, personlig hygien och klädsel, kroppstemperatur, rörelse förmåga, arbete, intressen och lek, sexualitet, sömn och död. För att kunna ge en så effektiv vård som möjligt, så måste patientens alla behov uppfyllas. Detta genom att stöda patienten att möta dessa behov självständigt eller genom direkt vård eller en kombination av båda¹⁴.

Oulu Patient Classification (OPC) är utvecklad vid Uleåborgs universitetssjukhus sedan år 1991. Vasa centralsjukhus började år 1995 förverkliga en ny vårdtyngdsklassificeringsmetod, OPC.¹⁵ Med hjälp av OPC-vårdtyngdsmätaren får man fram information om den individuella vård som patienten har fått under det senaste dygnet, samt vårdtyngden per vårdarbetare¹⁶. Enligt OPC-mätaren är vårdarbetet uppbyggt utav sex delområden. Det första delområdet är vårdplanering och koordinering. Det andra delområdet utgör andning, blodcirkulation och sjukdomssymptom. Näringsintag och medicinering ingår i det tredje delområdet och i det fjärde hygien och utsöndring. I det femte delområdet ingår aktivitet, sömn och vila. Det sjätte och sista delområdet innehåller undervisning och handledning i vården och fortsatt vård, emotionellt stöd¹⁷. Varje delområde indelas i fyra olika kravnivåer för vårdtyngdsklassificering och benämns som A (6-8 poäng, minimalt vårdbehov), B (9-12 poäng, genomsnittligt vårdbehov), C (13-15 poäng, större vårdbehov än genomsnittet) och D (16-24 poäng, maximalt vårdbehov)¹⁸. Den totala summan av vårdintensitetspoäng på en avdelning divideras med personalresurs och därmed kan vårdintensitetspoängen (OPC) per sjukskötare erhållas¹⁹. En studie där 75 patienter deltog visar att patienternas vårdbehov utgörs av deras problem, behov och önskemål vilka uttrycks som kroppsliga, psykiska och andliga behov. En jämförelse mellan

¹³ Kanerva, A. 2011, 4.

¹⁴ Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S. m.fl. 1998, 24-26.

¹⁵ Fagerström, L. 2000, 184.

¹⁶ Fjällström-Nygård, L. 2012, 4.

¹⁷ Frilund, M. & Fagerström, L. 2009, 282.

¹⁸ Fagerström, L. 2000, 21.

¹⁹ Frilund, M. & Fagerström, L. 2009, 282.

patientens upplevda vårdbehov och OPC visar att instrumentet borde utvecklas med ett vårdande perspektiv.²⁰

3.2.2 Personalresurs

Personaldimensionering är en viktig parameter när man ska räkna ut den optimala arbetsmängden. Genom att undersöka den verkliga arbetsmängden inom vårdarbetet så kan man räkna ut personalbehovet. Under samma period som man utför vårdtyngdsklassificering beräknas personal resurserna. Till personalresurser räknas de vårdare som under ett vårddygn har vårdat och klassificerat patienter. Personalresurserna på ett dygn beräknas genom att räkna arbetsinsatsen i minuter och sedan dela med 480. Resultatet av insatsen presenteras med två decimalers noggrannhet²¹.

Om vårdtyngden och personalresurserna inte är i balans med varandra, finns det risk för att patientens vårdbehov inte tillgodoses optimalt. Då blir arbetsbelastningen för hög för personalen och detta kan leda till både fysisk och psykisk stress för personalen. Man kan jämföra balansen mellan vårdtyngd och personalresurser med en gungbräda. Man sätter personalen på ena sidan och patienterna på den andra och strävar på det sättet efter en optimal vårdtyngd.²²

För att uppnå god vårdkvalitet krävs tillräckligt med anställda. Svårt sjuka patienter behöver mera hjälp och har större vårdbehov, vilket leder till att det behövs mera personal. Enligt rekommendationer från Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) är minimikravet på 0,5 vårdpersonal per klient. Vid en väldigt god bemanning är genomsnittet 0,8 vårdpersonal per klient, god 0,7 till 0,8, tillfredställande 0,5 till 0,6 vårdanställda per klient och undermåttlig mindre än 0,5 anställda per klient. Personalens kompetens är en väldigt viktig del av kvaliteten och finns därmed stadgad i lagen om behörighetsvillkor.²³

²⁰ Fagerström, L., Eriksson, K. & Bergbom, EI. 1999, 201, 206.

²¹ Fjällström-Nygård, L. 2012, 23.

²² Andersson, I. 1988, 30.

²³ Valvira, 2013.

3.2.3 PAONCIL, Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level

I en studie utförd av Fagerström & Frilund visar resultatet att ett instrument aldrig ger en komplett översikt av patientens vårdbehov och tillfredsställelse. Det ger riktlinjer för en långsiktig strategisk planering och information om situationen.²⁴ Parallellklassificering kan utföras först då vårdarna obehindrat kan utföra den grundläggande klassificeringen. Metoden utförs så att två vårdare enskilt klassificerar samma patient. Parallellklassificering skall göras innan PAONCIL-mätningen kan utföras och resultatet måste vara minst 70 %. Detta utförs minst en gång årligen och man parallellklassificerar minst 50 patienter per enhet och minst 7 patienter per vårdare. Detta utförs under en två månaders period. PAONCIL-bedömningen är balansen mellan vårdresurserna och vårdbehovet. Vårdaren gör en helhetsbedömning av vårdbehovet och personalresurserna med hjälp av PAONCIL-metoden. Detta för att få fram den optimala vårdtyngdsnivån²⁵.

3.3 Fastställande av optimal vårdintensitet

Begreppet *nursing work* beskriver arbetet som sjukskötaren gör för patienten och dennes välbefinnande, medan begreppet *nursing workload* beskriver de resurser som behövs för att kunna utföra arbetsuppgifter inom omvårdnad av patienten under en viss tid. Man använder sig mycket av begreppet *nursing workload* för att definiera *nursing intensity*, som betyder omvårdnadsintensitet, *nursing dependency* som betyder hur stort omvårdnadsbehovet är samt *clinical acuity/severity of illness* som betyder sjukdomens allvarlighetsgrad. I begreppet *nursing intensity* skall ingå alla vårdaktiviteter som utförs, dvs. både direkta och indirekta vårdaktiviteter²⁶. Direkt vårdtid är den tid som vårdaren är i direktkontakt med patienten, dvs. den tid som vårdaren tillbringar vid patientens säng. Indirekt vårdtid är den tid som vårdaren ger till andra uppgifter som rör patienten, t.ex. dokumentation, förberedelser m.m.²⁷. Fagerström (2000) definierar *nursing intensity* som förhållandet mellan patienternas/vårdtagarnas vårdbehov och tillgängliga resurser²⁸. Om vårdintensitetsnivån är optimal är det möjligt för vårdpersonalen att tillgodose patienterna en god vård.²⁹

²⁴ Frilund, M. & Fagerström, L. 2009, 432-433.

²⁵ Kanerva, A. 2011, 18.

²⁶ Thorsell, K. 2010, 22-24.

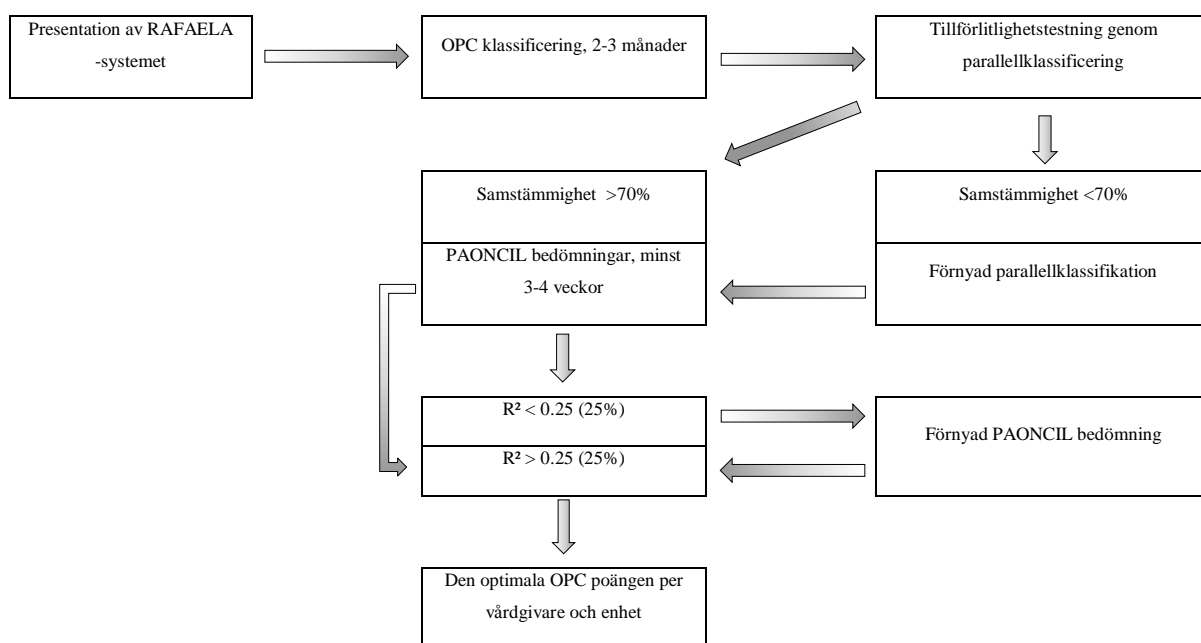
²⁷ Andersson, I. 1988, 26-27.

²⁸ Fagerström, L. 2000, 131.

²⁹ Fagerström, L. 2000, 60.

3.3.1 Randvillkor för fastställande av optimal vårdintensitet

Det mätinstrument som används för att beräkna den optimala vårdtyngden är en visuell-analog skala. Enligt den sjugradiga Jana-skalan är optimal vårdtyngd $+ - 0$. Jana-skalan går från -3 - $+3$. Skalan bör fyllas i med en noggrannhet på $0,25$. Från -3 till $-0,25$ är personalresurserna större än vårdbehovet och det visar på en mycket låg vårdtyngd medan kvalitetsnivån är hög. Om skalan visar på $+0,25$ till $+3$, innebär det att vårdtyngden är över den optimala och det resulterar då i otillräcklig helhetsvård. I en sådan situation tvingas personalen att prioritera de viktigaste arbetsuppgifterna och detta tyder på att större personalresurser hade krävts. Visar Jana-skalan på $-0,25$ till $+0,25$ så är vårdtyngden optimal och detta visar att personalresurserna och patientens vårdbehov är i balans.³⁰ Modifierad version av implementeringsprocessen av RAFAELA -systemet enligt Frilund och Fagerström:³¹



3.3.2 Icke patient relaterade faktorer som påverkar vårdintensitet

RAFAELA -systemet innehåller dessutom 12 icke patientrelaterade frågor: (1) ledande planering och organisering av arbetet, (2) planering av roterande arbetssystem, (3) ersättande situation, (4) möten och skolning, (5) studeranden, (6) samarbete med läkare, (7)

³⁰ Fagerström, L. 2000, 30, 206.

³¹ Frilund, M. & Fagerström, L. 2009, 428.

samarbete och ordination med andra personalgrupper, (8) samarbete med andra enheter, (9) samarbete inom den egna enheten, (10) egna arbetsförmågan, (11) psykisk stress och (12) andra faktorer. En analys gjord på 22 somatiska avdelningar visar att andra faktorer än patientens omvårdnadsintensitet påverkar sjukskötarens totala arbetsbelastning. Detta bidrar med värdefull information om funktionen på en avdelning.³² År 2004 deltog 877 vårdare från 31 olika avdelningar och 5 olika sjukhus. Resultatet från studien, enligt Rauhala, visar att en ökad arbetsmängd har direkt samband med ökad sjukfrånvaro hos vårdpersonalen. På basen av den forskning som har gjorts kan man fastslå att RAFAELA - systemet är ett fungerande instrument för vårdtyngdsmätning på de flesta avdelningar.³³

3.4 God vård och omsorg

Virginia Hendersons omvårdnadsteori är baserad på människans grundläggande behov och den beskriver sjuksköterskans specifika vårduppgifter. Henderson fastslog år 1955 följande definition av omvårdnad: *"Sjukskötarens unika funktion är att hjälpa individen, sjuk eller frisk, att utföra de handlingar som bidrar till bibehållen hälsa eller tillfrisknande (eller till en fridfull död), och som han skulle ha utfört dem utan hjälp, om han skulle ha haft den styrka, vilja eller kunskap som krävs. Hon ska göra det på ett sådant sätt som hjälper honom till oberoende så fort som möjligt."*³⁴

3.4.1 Aktuell lagstiftning

I detta kapitel klargörs vilka rättigheter och skyldigheter man har som klient enligt lagstiftningen i Finland.

Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 22.9.2000/821

I Finland är lagen om klienters ställning och rättigheter inom socialverket i kraft. Syftet med denna lag är att främja klientmedverkan och förtroendefulla klientrelationer samt klientens rätt till god service och gott bemötande inom socialvården.³⁵

³² Rauhala, A. & Fagerström, L. 2007, 492, 498.

³³ Rauhala, A. 2008, 84, 105, 112.

³⁴ Kirkevold, M. 1994, 76-81.

³⁵ Finlex.fi

Hälso- och sjukvårdslagen 1326/2010

Kommunerna har ansvar och är skyldiga att anordna befolkningens grundläggande sjukvård, så som hälsofrämjande, primärvård, specialiserad sjukvård, hög specialiserad sjukvård, socialvård och specialupptagningsområde.

Enligt Finlands hälso- och sjukvårdslag är kommuner skyldiga och har ansvar att ordna grundläggande sjukvård för befolkningen. I 3 kap. 25§ står det att kommunerna är skyldiga att ordna hemsjukvård. Detta enligt patientens vård- och serviceplan eller tillfälligt och där patienten är bosatt. Det nämns även att hemsjukvården är tidsbunden och effektiverad sjukvård samt att material och mediciner ingår i vården.³⁶

Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 28.6.1994/559

Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården har stadgats för patienternas säkerhet samt för att förbättra vårdens kvalitet. Denna lag garanterar att yrkesutbildade personer har tillräcklig utbildning, kunskap och tillräcklig yrkeskompetans, samt har erhållit rätt till legitimation att utöva yrket.³⁷

3.4.2 Patientens behov

Omvårdnadsteoretikern Katie Eriksson använder begreppet *caritas*, som betyder människokärlek och barmhärtighet. Enligt Eriksson så utgör caritasmotivet grunden för det praktiska handlandet. Med caritativ vård menar Eriksson att man med tro, hopp och kärlek vill förmedla barmhärtighet och hjälpa människan med dennes behov.³⁸ Fagerström har i sin avhandling forskat kring patientens förhållande till lidande samt betydelsen av att utvärdera möjligheterna för att mäta begreppet vårdbehov i form av vårdtyngd. Professor Eriksson beskriver patientens vårdbehov som problem, behov och begär. Enligt Eriksson måste vårdaren möta patientens lidande genom medkänsla och sympati och tillsammans

³⁶ Finlex.fi

³⁷ Finlex.fi

³⁸ Eriksson, K. 1993, 21, 65

uppnå en god vårdrelation. I vårdrelationen sker en växelverkan genom de uttalade och outtalade vårdbehoven.³⁹

4 Metod

Genom kvalitativa intervjumetoder och datainsamling av tidigare forskningar samt litteratur inom området ska vi ta reda på vilka faktorer som påverkar arbetsbelastningen inom öppna vården.

4.1 Datainsamling

Med hjälp av temaintervjuer intervjuade vi sammanlagt 16 personer för att samla in data. Intervjun innehöll fem temaområden med två till tre frågor per temaområde och vi använde oss av öppna frågor med följdfrågor för att utveckla svaren. Metoden som vi har använt oss av är en kvalitativ metod med semistrukturerade intervjufrågor (Bilaga 1).

4.2 Dataanalys

Intervjuerna räckte i 30-90 minuter och de ljudbandades. Resultatet skrevs ut ordagrant till text av forskarna. Texten analyseras genom bearbetning av materialet och omfattar 36 sidor utskriven text. Resultatet från intervjuerna sorterades i olika temaområden och yrkesgrupperna separerades. Vid bearbetningen gjordes en genomläsning av materialet och den information som ansågs viktig togs tillvara. Detta för att finna svar på studiens forskningsfråga. Det material som inte gav svar sorterades bort. Intervjumaterialet förstördes efter bearbetningen.

³⁹ Fagerström, L. 2000, 4, 12, 14, 15.

4.3 Undersökningsgrupp

De som deltog i studien var 8 sjukskötare och 8 närvårdare med lång erfarenhet inom öppna vården. Undersökningsgruppen omfattade både landsbygd och stadsmiljö.

4.4 Undersökningens genomförande

Eftersom vi aldrig tidigare har gjort upp intervjufrågor bestämde vi oss i samråd med vår handledare för att först göra en pilotundersökning. Vi formulerade intervjufrågor och fann en informant som lovade att ställa upp på pilotintervjun. Efter analysen av pilotintervjun konstaterade vi att våra frågor inte gav oss någon information om vårt forskningsområde. Därmed förkastades första piloten eftersom svaren var bristfälliga. Vi formulerade om våra intervjufrågor och prövade med en ny informant. Denna gång var resultatet bättre men ändå inte fullständigt. Efter ett handledningstillfälle med vår handledare så bestämde vi oss för att helt tänka i andra banor och därmed skrev vi helt nya intervjufrågor. Våra första informanter fann vi genom vår bekantskapskrets och fick av dem tips om andra som arbetar inom hemsjukvården/hemvården och som kunde tänka sig att ställa upp. På begäran av informanterna intervjuade vi i mindre grupper som bestod av 2 till 4 personer, men vi utförde även enskilda intervjuer. Under alla intervjutillfällen som har blivit utförda har vi intervjuat sjukskötarna och närvårdarna skilt. Vi hade även innan intervjuerna upprättat ett skriftligt avtal som informerade om undersökningens syfte samt forskningsetiska riktlinjer. Detta avtal fick informanterna ta del av innan intervjun påbörjades (Bilaga 2).

4.5 Etiska riktlinjer för forskning och utveckling

Etiska riktlinjer för forskning innebär att man respekterar rätten till självbestämmande. Den personliga integriteten skall alltid skyddas mot skador, både fysiskt och emotionellt under hela forskningsprocessen.⁴⁰ Ett bra vetenskapligt tillvägagångssätt skall basera sig på frivillighet, information och ärlighet från dem som genomför forskningen.⁴¹ Personerna som vi intervjuade informerades om att forskningen är anonym och att deltagandet är

⁴⁰ Vetenskapliga samfundets delegation, 2011.

⁴¹ Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003, 288.

baserat på frivillighet och självbestämmande, samt att deras integritet är skyddad mot skador både fysiskt och emotionellt.

5 Vård i hemmet

Hemsjukvård kan definieras som: *”Hemsjukvård är sjukvård som en yrkesutbildad person inom hälso- och socialvården ger i hemmet och som är avsedd för personer som på grund av sjukdom, handikapp eller nedsatt funktionsförmåga inte kan utnyttja andra sjukvårdstjänster inom öppenvården.”*

Vården idag har förändrats mycket. Förut vårdade man i hemmet och senare på sjukhus. Idag går det andra vägen, från sjukhus till sjukvård i hemmet.⁴² Målet med hemvård är att klienter med en sjukdom eller någon annan nedsatt funktionsförmåga ska få känna sig trygga att bo kvar i sina hem.⁴³ För att klienten ska kunna bo hemma så länge som möjligt är det viktigt att stöda klienten på olika sätt till självständighet, en funktionsduglig boendemiljö samt ett fungerande socialt nätverk. Att få bo hemma och klara av dagliga sysslor ökade upplevelsen för äldre att få leva ett värdigt liv.⁴⁴ Det är i huvudsak äldre som använder sig av hemvårdstjänsterna, och de är oftast både sjuka och gamla.⁴⁵

Nuförtiden ges det mera avancerad sjukvård i hemmet och hemmet har fått en allt större betydelse som vårdplats. Man kan dela in hemsjukvård i två olika typer: avancerad hemsjukvård och grundläggande hemsjukvård. För att uppnå ett framgångsrikt system inom hemsjukvården krävs det mycket av sjukskötaren. Det måste finnas ett tydligt syfte med hemsjukvården och sjukskötaren måste veta klientens vårdbehov.⁴⁶

5.1 Närvårdare beskriven inom öppen vård

Till närvårdarens uppgifter hör att hjälpa till med att dagligen sköta den personliga hygien, hjälpa till med näringsintag, hjälpa till att hålla ordning i hemmet samt klädvård. De hjälper också klienten med rehabilitering för att hålla upp funktionsförmågan.⁴⁷ Det krävs att närvårdaren har kunskap om människan, hälsan, miljön och vårdarbetet, samt

⁴² Drevenhorn, E. 2010, 48.

⁴³ Ikonen, E-J. & Julkunen, S. 2008, 17.

⁴⁴ Hägg, T. 2007.

⁴⁵ Hemvård i utveckling. 2008, 132-134.

⁴⁶ Drevenhorn, E. 2010, 15-16.

⁴⁷ Ikonen, E-J. & Julkunen, S. 2008, 17.

också medicinsk kunskap. Närvårdaren behöver också ha en klinisk kunskap eftersom man utför olika undersökningar, provtagningar eller mätningar. Sårvård och medicindelning hör idag också till närvårdarens uppgifter inom hemvården.⁴⁸

5.2 Sjukskötare beskriven inom öppenvård

Till sjukskötarens uppgifter hör att ge omvårdnad samt medicinsk vård, göra upp en vårdplan, sårvård, ha hand om klientens mediciner såsom apoteksärenden och medicindelning, injektioner, ta blodprov och mycket mera. Det är läkaren som beslutar om klienten har rätt att få hemsjukvård, samt när den ska avslutas. Inom hemsjukvården samarbetar många olika yrkeskategorier, så som sjukskötare, närvårdare, primärskötare, läkare och fysioterapeuter.⁴⁹

Sjukskötaren är också team ledare, vilket innebär att hon ska handleda de andra i teamet, hon ska kunna sätta upp mål, bedöma och ta beslut självständigt, kunna planera vården samt utföra den och delegera, ha kontakt med anhöriga och andra närstående. Sjukskötaren ska kunna lyssna och ta i beaktande klientens önsknings och behov och utifrån dem planera och utföra vården samt också regelbundet uppdatera sin kunskap och informera de andra i teamet.⁵⁰ Sjukskötaren måste också förstå hemmets betydelse för vårdtagaren och respektera och acceptera att hon är gäst i dennes hem, samt ha förståelse för vårdtagarens seder och bruk, kultur och livsstil.⁵¹ Sjukskötaren ska också kunna undervisa och handleda de andra i teamet samt klienter och anhöriga. Till sjukskötarens uppgift hör också att informera de andra i teamet om vilken typ av vård klienten behöver. Vårdplanering är en viktig del av sjukskötarens arbete. Med en bra planering kan man utföra en god och säker vård.⁵²

6 Resultat

I resultatdelen beskrivs vårt resultat i löpande text samt i tabeller med tabellnummer och tabelltext. Tabellerna beskriver vad informanterna anser som positivt eller som arbetsbelastande med sitt arbete. Resultatdelen innehåller även citat från

⁴⁸ Ikonen, E.-J. & Julkunen, S. 2008, 151-153.

⁴⁹ Ikonen, E.-J. & Julkunen, S. 2008, 47.

⁵⁰ Drevenhorn, E. 2010, 31-34.

⁵¹ Drevenhorn, E. 2010, 20-21.

⁵² Drevenhorn, E. 2010, 32-35

intervjupersonerna. Alla deltagare i studien beskriver klienten inom öppen vård som **äldre idag** än förr och dessa bor längre i det egna hemmet, vilket innebär att vårdpersonalen ofta måste fatta mera egna beslut om olika saker i vardagen. Klienterna beskrivs som **sämre i skick, sjukare och mera vårdkrävande** och **de lever längre idag**. Detta kräver därmed en god kunskap av vårdgivarna. Hemvårdsklienten benämns även som **vårdtunga**. Klienten beskrivs som **mera otrygg** i dagens samhälle, vilket även kan relateras till somatiska besvär. I vissa fall kunde det öka tryggheten med ett vårdande samtal, men det nämns att tiden i hemmet inte räcker till. Informanterna påpekar att idag görs många ingrepp dagkirurgiskt och polikliniskt och detta kräver mer av hemsjukvården/hemvården. **Vårdtiderna på anstalt beskrivs därmed som kortare idag än förr**. Tröskeln att komma in till en vårdanstalt är idag större än tidigare. Tidigare tog man kontakt med hemvården för att man behövde städhjälp eller annan hjälp i hemmet, **idag behöver man vård**. Det finns heller inte mera idag städ- eller matjänster inom hemvården. Dessa måste ordnas på annat sätt.

”Det har nog gått mer och mer mot det här att vi vårdar dem mera sjuka hemma, så långt det är möjligt”.

”Förr, när de började med hemvård, var det på grund av att de behövde någon hjälp i hemmet, idag kommer de för att få vård”.

”Vi vårdar människan och mindre hemmet, men hemmet ska vara hygieniskt ändå”.

”Klienten kräver sjukvård, inte hjälp i hemmet”.

I stadsmiljön nämns att de har en **egen läkare** som gör hembesök. **Den möjligheten saknas på landsbygden**. En informant nämner att en egen hemvårdsläkare är en resurs som borde finnas, men igen **saknas tid och resurser**. Trots det fungerar läkarsamarbetet bra, det finns alltid möjligheter att rådfråga och konsultera i olika klientärenden.

”Det står ju faktiskt i lagen, att om de ska vara inskrivna i hemsjukvården och kallas planerad hemsjukvård, så ska läkaren se dem i hemmet för att veta vad slags vård som är möjlig i hemmet”.

Det framkom i intervjuerna att hemvården idag har mera svårt sjuka klienter. Informanterna säger att idag vårdar mera **patienter i livets slutskede i hemmet** och därmed har vården blivit **mera avancerad och tyngre**. Det har blivit **mera betoning på vården** nu än om man tänker på hemvården som helhet hur det var förr.

”Det har blivit mycket mera avancerad sjukvård än tidigare”.

”Att vi har ju svårt sjuka patienter och mera terminalvård än förr”.

”Där är nog en stor, tung bit som kommit till”.

Tabell 1: Faktorer som upplevs som positivt eller som arbetsbelastande av sjukskötare.

	ARBETS UPPGIFTER	POSITIVT ENLIGT SJUKS KÖTARE	UPPLEVD ARBETS BELASTNING
Hemvårdsklienten:			Beskrivs som äldre idag
			Sämre iskick, sjukare
			Mera vårdkrävande
			Otrygg
			Kortare vårdtid på sjukhus
			Mera avancerad vård idag
			Vård i livetsslutskede i hemmet
Administrativt:	Skriva vårdplan	Ser klientens helhetsvård	Tidsbrist
	Telefon		Upptar mycket av arbetstiden
Läkemedelshantering:	Medicindelning	Delvis delegerat till närvårdare	Tidskrävande
			Oplanerad situation påverkar negativt
	Apotekets dospåsar	Underlättar arbetet	Alla klienter vill inte ha tjänsten
	Apotekslådan	Enkelt	Endast i stadsmiljön
Recepthantering:	E-recept		Tidskrävande innan alla avtal finns
	Handha klientens recept		
Värdåtgärder:	Blodtrycksmätning		
	Öronspolning		
	Borttagning av suturer		Kortare vårdtid på sjukhus
	PEG-sond		
Injektionsgivning:	Subcutan injektion	Delvis delegerat till närvårdare	
	Intramuskulär injektion	Delvis delegerat till närvårdare	
	Vaccinationer		
Intravenös behandling:	Antibiotikainfusion		
	Intravenösa läkemedel		
Elimination:	Sätta inliggande kateter		
	Engångskatetrisera		
	Bladderscan		
Laboratorieprovtagning:	HB		
	CRP		
	INR-prov	Coagu check	Doseringsrättigheter saknas
	Övriga blodprov		

”Olika vårdåtgärder, vi får ju göra mycket mera idag än vad vi fick göra förr”.

Om det finns **brister i klienternas vårdplaner nämns det som en arbetsbelastning**, eftersom man då kanske inte arbetar mot samma mål. **Tidsbristen** är enligt sjuksköterna orsaken till att vårdplanerna inte alla gånger är uppdaterade.

Informanterna nämner även att **telefonen upptar mycket av arbetstiden**.

Sjuksköternas och närvårdarnas arbetsuppgifter skiljer sig märkbart från varandra, men ett rehabiliterande arbetssätt förespråkas. Det är viktigt att arbetsteamet följer samma riktlinjer.

”Vi har ett rehabiliterande arbetsätt”.

”De är så pass dåliga, så man måste nog ha en plan och veta hur du ska göra”.

Sjuksköterskan som teamledare ansvarar för att handleda sitt team, stöder och koordinerar teamets klienter. Sjuksköterna ger mera avancerad sjukvård, medan närvårdarna ger grundvård. Närvårdarnas arbetsuppgifter har utökats med mera ansvarsmässiga områden än tidigare.

”Vi är ju teamledare nu, vilket betyder att vi handleder närvårdarna, vi gör deras arbetslistor för varje dag. Fördelar ställen som de ska fara till och vi delegerar ju mera och mera medicindelning”.

”Vi är den administrativa spindeln, vi ska se till alla håll. Vi ska se till att den medicinska vården fungerar, den sociala vården fungerar, att nätverket är i skick”.

”Att ta morgonbesök, morgontvätt, och morgonmål och insulin. Att ge mediciner, kanske dela mediciner hos någon”

Tabell 2: Faktorer som upplevs som positivt eller som arbetsbelastande av närvårdare.

	ARBETS UPPGIFTER	POSITIVT ENLIGT NÄRVÅRDARE	UPPLEVD ARBETS BELASTNING
Hemvårdsklienten:			Äldre idag
			Sämriskick, sjukare
			Mera vårdkrävande
			Otrygg
			Vård i livetsslutskede i hemmet
			Vårdtung
Allmän daglig livsföring:	Hjälp med grundvård		Låga sängar
			Trånga utrymmen
	Nutrition		Finns restriktioner för mat tillredning
	Klädvård och kläddvätt		
	Hemmets renlighet		
Eliminiering:	Blöjbyte		
	Kateterbyte		
Läkemedelshantering:	Dosdispensering		
	Medicindelning i dosett	Delegering från sjukskötare	
Injektionsgivning:	Subcutan injektion	Delegering från sjukskötare	
	Intramuskulär injektion	Delvis delegering från sjukskötare	
Laboratorieprovtagning:	B-gluc		
Vårdåtgärder:	Sårvård	Delvis delegering från sjukskötare	
Dagliga aktiviteter:	Promenad		
	Ledsagare vid olika aktiviteter		
	Bankärenden		
	Apoteksbesök		

På landsbygden skryter man över samarbetet mellan närvårdare och sjukskötare. Närvårdarna i stadsmiljön beskriver samarbetet som bra. De menar att det är bra att sjukskötarna är nära till hands om de behöver rådfråga dem. Närvårdarnas samarbete med andra yrkeskategorier består främst av samarbete med sjukskötarna, men ibland samarbetar de även med minnesrådgivare, fysioterapeut, vårdcenter, frisör och fotvårdare. Sjuksköterskorna samarbetar även med dessa men också med läkare, psykskötare, diabetes- och cancerskötare, hjärtskötare, rådgivningar och arbetshälsovården. Studerande nämns som en bra resurs och hjälp, men att de kanske *inte alltid får den tid de behöver för att utvecklas. Utvärdering av studerande upplevs som arbetsbelastande* ofta i relation med underbemanning på arbetsplatsen. *Sekretess och tillstånd försvårar tillgång till vårdjournaler* enligt informanterna.

”Men nu slipper inte olika kategorier in på varandras områden”.

Tabell 3: Faktorer som upplevs som positivt eller som arbetsbelastande av sjukskötare.

	ARBETS UPPGIFTER	POSITIVT ENLIGT SJUKSKÖTARE	UPPLEVD ARBETS BELASTNING
Arbetsitem:	Funka som teamledaer	Närvårdarna ses som en stor resurs	
	Fördela teamets olika klienter		
Administrativt:	Göra arbetslistor		
	RAI		Upplevs som mycket tidskrävande
	Statistikdokumentation		Upplevs som mycket tidskrävande
	Skriva in avbrott i vårdplaner		Minnas att dokumentera alla avbrott
Vikarier:			Svårt att få vikarier
			Personalskolningsdagar påverkar negativt
Samarbete:	Läkare	Samarbetet fungerar bra	
	Fysioterapeut	Samarbetet fungerar bra	
	Ergoterapeut	Samarbetet fungerar bra	
	Psyksköterska	Samarbetet fungerar bra	
	Diabetessköterska	Samarbetet fungerar bra	
	Cancersköterska	Samarbetet fungerar bra	
		Tar över en del av vården	
	Hjärtsköterska	Samarbetet fungerar bra	
	Arbetshälsovård	Samarbetet fungerar bra	
	Rådgivningsbyrå	Konsultation vid spirometri	
		Konsultation vid hörselundersökningar	
Sjukhus:			Saknar gemensam tillgång till journaler
Övriga instanser:			

Tabell 4: Faktorer som upplevs som positivt eller som arbetsbelastande av närvårdare.

	ARBETS UPPGIFTER	POSITIVT ENLIGT NÄRVÅRDARE	UPPLEVD ARBETS BELASTNING
Arbetsitem:		Bra samarbete med sjukskötare	
		Möjlighet att rådfråga	
		Teamarbete	
Samarbete:	Fysioterapeut	Hembesök vid behov	
	Ergoterapeut	Hembesök vid behov	
	Diabetesskötare	Positivt samarbete	
	Vårdcenter	Positivt samarbete	
	Minnesrådgivning		
Övrigt:	Tidsbokningar		
	Funka som ledsagare		

Informanterna påpekar även att en generationsförändring pågår i vårt samhälle i dag, vilket innebär att anhöriga inte ger samma hjälp som förut. Detta kräver mer utav hemvården. Trots det beskrivs anhöriga som väldigt viktiga. Många av informanterna nämner att anhöriga är A och O för att vården ska fungera. Om samarbetet med anhöriga fungerar bra, så underlättar det också vården för vårdgivarna. De orsakar då ingen stress, de kan kanske hjälpa till vid behov och de är delaktiga i olika beslut angående klienten. Informanterna

säger även att alla inte har anhöriga nära och då är de ofta väldigt ensamma. Det innebär att kanske hemvården är den enda som öppnar deras dörr. Samarbetet fungerar för det mesta bra, oberoende av om anhöriga bor nära eller långt borta. Alltid finns det de som det inte fungerar med, och informanterna upplever att en orsak kan vara att de inte inser eller kan acceptera att deras anhöriga har blivit sämre.

”De som har mera hjälp av anhöriga behöver ju mindre hemvård. Så blir det ju oftast. Så nog har de ju stor betydelse”.

”Det är ömsesidig uppskattning”.

”De är nog viktiga. De ställer upp”.

”Det är både och, men mera hjälp”.

Tabell 5: Faktorer som upplevs som positivt eller som arbetsbelastande av sjukskötare.

	ARBETS UPPGIFTER	POSITIVT ENLIGT SJUKSKÖTARE	UPPLEVD ARBETS BELASTNING
Anhöriga:	Samarbete	Viktig resurs	Samarbetsproblem kan förekomma
		Underlättar vården	Anhöriga som bor långt borta

Tabell 6: Faktorer som upplevs som positivt eller som arbetsbelastande av närvårdare.

	ARBETS UPPGIFTER	POSITIVT ENLIGT NÄRVÅRDARE	UPPLEVD ARBETS BELASTNING
Anhöriga:	Samarbete	Viktig resurs	Samarbetsproblem kan förekomma
		Underlättar vården	Anhöriga som bor långt borta

Organisationen beskrivs som att det ofta kommer direktiv uppifrån och att ***det inte riktigt alltid fungerar i praktiken***. En faktor som ofta har kommit fram är att det inte fungerar lika på landsbygden som i stadsmiljön och därmed borde det finnas olika direktiv för de olika delarna i en organisation. Språket är också en sak som nämns. Direktiv kommer på finska fast det lovats svenskspråkig information. En annan sak som informanterna upplever är stressande är att det hela tiden kommer ***nya saker de ska göra och informationen de får stämmer inte***. Informationen ändras hela tiden utan att man kommer ihåg att meddela dem. En informant nämner att organisationen inte kommer emot tillräckligt, utan ***vården ska alltid gå runt på minsta möjliga resurser***. Det får inte märkas att något fattas eller att

något händer eller bli allmänfarligt. Det är därför man aldrig får bevisat något, enligt informanten.

”Att det inte får synas, men det skulle behöva synas”.

Enligt informanterna beskrivs klientens hem som trångt, råddigt och oergonomiskt för det mesta. Man måste vara kreativ och det krävs en viss förhandsplanering innan hembesöket och ***oplanerade händelser*** är ofta arbetsbelastande. Man har inte alltid saker tillhands som man kanske har på en vårdinstans. Ändå tycker de att hemmet är en bra arbetsmiljö, eftersom man får byta arbetsmiljö hela tiden, men man måste komma ihåg att acceptera och respektera att det är en annans hem man går in i, att man är där som gäst i deras hem.

”Oftast så blir det nog mycket oergonomiska ställningar”.

”Oergonomiskt för det mesta. När man ska göra sårvård så det tär nog på ryggarna, verkligen”.

”Man måste ju tänka hela tiden på att det är som på kundens hem, att man måste ju respektera hur de har det och vad man säger och vad man gör”.

Personalsäkerheten beskriver vårdgivarna som en sak som de inte ofta tänker på. Ibland kan det kännas obehagligt och lite skrämmande om man har missbrukarklienter, personer med psykisk ohälsa eller aggressiva demenspatienter. Det nämns att det inom vissa team saknas en uppdaterad säkerhetsskolning. I stadsmiljön finns det personal som har bärbara alarm som man kan ta med sig vid otygga hembesök. Andra yttre faktorer som nämns i intervjuerna och som kan påverka säkerheten är ***vädret, hala och dåliga vägar, hala golv då man badar, trappor, dålig belysning, aggressiva husdjur och om klienten har missbrukarvänner på besök.***

”Jobbigt! Att inte riktigt ha kontroll över situationen. Det är stressande”.

En informant nämner ett trygghetslarm som personalen måste svara på. Alarmcentralen meddelar att en klient har tryckt på sin trygghetstelefon och ibland måste närvårdarna som tar emot larmet åka iväg till patienten. *Så när planeringen för arbetsskiftet spricker och man blir tvungen att göra annat än det planerade, upplevs det som stressande.*

”Om alarmtelefon ringer, och vi måste fara på ett alarm”.

Tabell 7: Faktorer som upplevs som positivt eller som arbetsbelastande av sjukskötare.

	ARBETS UPPGIFTER	POSITIVT ENLIGT SJUKS KÖTARE	UPPLEVD ARBETS BELASTNING
Ledande instanser:	Följa direktiv		Skillnader mellan landsbygd och stadsmiljö
			Språksvårigheter
	Handha klientens stödtjänster		Skillnader mellan landsbygd och stadsmiljö
Hemmet som arbetsmiljö:			Trånga utrymmen
			Obekväma arbetsställningar
			Oanpassad vårdmiljö
			Trånga sanitetsutrymmen
			Ofunktionella sanitetsutrymmen
Ergonomi:			Oergonomiskt
			Hjälpmedel saknas
Arbets säkerheten:	Hembesök hos missbrukare	Hembesök med kollega	Otryggt
		Personalalarm finns	En känsla av obehag
			Orsakar rädsla
			Ostädat
Husdjur:			Aggressiva husdjur
			Orsakar rädsla
Bilkörning:		Avslappnande	Menföre
		Ger tanketid	Halka
			Långa körvstånd
			Tidskrävande
			Rädsla att inte hitta fram till rätt adress
			Egen bil som arbetsredskap

Tabell 8: Faktorer som upplevs som positivt eller som arbetsbelastande av närvårdare.

	ARBETS UPPGIFTER	POSITIVT ENLIGT NÄRVÅRDARE	UPPLEVD ARBETS BELASTNING
Ledande instanser:	Följa direktiv		Fungerar inte alltid i praktiken
			Oorganiserat
	Arbetsfördelning i eget team		Orättvis fördelning av teamens klienter
Ergonomi:		Hjälpmedel finns att få	Trånga utrymmen
			Obekväma arbetsställningar
Hemmet som arbetsmiljö:			Klientens hem saknar hjälpmedel att tillgå
			Halkrisk
			Trånga utrymmen
			Trånga sanitetsutrymmen
Bilkörning:		Avslappnande	Ut i alla väder
		Ger tanketid	Svårt att hitta parkeringsplatser
			Egna bilen som arbetsredskap
			Slitage på egen bil
			Betala för motorvärmare
			Krockrisk
			Körtiden är inte inräknad
Nödcentralen:	Larm från trygghetstelefoner		Oplanerad händelse
			Tidskrävande

Så gott som alla informanter säger att *det finns för lite personal för antalet klienter idag*. På vissa ställen har man till och med fått neka klienter på grund av överfullt. Tiden räcker inte till, man känner att man *inte har tillräckligt med tid för varje klient* och ofta har *körtiden mellan klienterna inte räknats in i tidsplaneringen för dagen*. De flesta anser att patienten blir lidande i vissa sammanhang på grund av tidsbristen. Annat som orsakar stress på arbetsplatsen, enligt närvårdare, är att det kan vara *oorganiserat och patienterna är orättvist fördelade mellan de olika teamen*. Också *bristen på hjälpmedel är en stressfaktor*. Många gånger kunde man få olika hjälpmedel men klienterna accepterar inte förändringen. De anser också att det *administrativa tar upp oerhört mycket tid*. Många gånger skulle man vilja skriva mer omfattande än vad man gör, men på grund av tidsbristen blir bara det absolut viktigaste dokumenterat.

”Brådskan! Att man inte har tillräckligt med tid till patienten och inte hinner göra allt man ska”.

”Statistikdokumentationen är enormt tidskrävande, tid man istället kunde ge till klienten”.

”Det här vad vi tycker om och vill är bara 40 % och 60 % är annat”.

Informanterna nämner att **medicindelning orsakar också stress** om man kommer hem till patienten och märker att det saknas medicin och man måste hämta ut mera från apoteket. Detta beror oftast på en kommunikationsbrist.

”När du kört och börjat dela, så finns inte medicinen där. Det orsakar nog stress”.

Informanterna anser att **vikariebristen orsakar stress** eftersom deras lediga dagar kan ändra. Man vågar inte planera något privat på sina lediga dagar eftersom man vet att de kan ringa från jobbet att det är panik, att någon är sjuk. En informant säger att det är det **ansvarsmässiga som ökar** vid personalbristen. Sjuksköterna nämner **vårdplanerna som en stressande faktor**. De tar upp mycket tid och man har inte den tiden, vilket resulterar i att man inte får dem lagade.

”Det är ju ansvarsmässigt”.

”Vårdplaner, de stressar faktiskt. Att man inte får dem lagade”.

”Det ogjorda arbetet, att man någon gång skulle komma på morgonen och få börja från noll”.

Bilen beskrivs av informanter som deras arbetsredskap, utan den fungerar inte vårdkedjan optimalt. Det finns en önskan om arbetsbilar på fältet, eftersom slitaget på den privata bilen inte tas i beaktande samt att ersättningen är låg. Trots allt upplevs bilkörning som en positiv faktor eftersom det beskrivs som avslappnande och ger tanketid mellan klienterna.

”Man kan tänka igenom klientbesöket och förbereda sig inför besöket i bilen”.

”En nackdel med detta arbete är att man måste vara ute i alla väder”.

”Stress och allting, att man kanske tänker på att nu borde jag vara där och där, att man kör lite hårdare för att hinna med allting”.

Informanterna i stadsmiljön upplever att det kan vara **problematiskt att hitta parkeringsplats** eller att hitta rätt adress och på landsbygden är det **längre köravstånd mellan klienterna**. Ofta har man mycket saker man ska ha med sig så man skulle gärna parkera så nära som möjligt. Drar det ut på tiden, så kan man dessutom få **parkeringsbot** och det är något som man själv måste stå för. Personalens privata bilar kan också **få yttre skador under tjänstetid** och det blir en extra kostnad samt att bilvärdet minskar.

Tabell 9: Faktorer som upplevs som positivt eller som arbetsbelastande av sjukskötare.

	ARBETS UPPGIFTER	POSITIVT ENLIGT SJUKSKÖTARE	UPPLEVD ARBETS BELASTNING
Arbetsstyngd:			För lite personal
			Inga vikarier
			Sjukledigheter påverkar
			Ansaret ökar
			Vikarier som inte kan rutinerna
			Brådskan
			Patienttiden påverkas

Tabell 10: Faktorer som upplevs som positivt eller som arbetsbelastande av närvårdare.

	ARBETS UPPGIFTER	POSITIVT ENLIGT NÄRVÅRDARE	UPPLEVD ARBETS BELASTNING
Arbetsstyngd:			För lite personal
			För mycket arbete
			Oförutsedda händelser
			Tidsbrist
			Lediga dagar påverkas av personalbrist
			Oplanerad klientuttryckning

7 Tolkning och diskussion

Det framkommer i intervjuerna att åldern på hemvårdsklienterna är 10-15 år mer idag än förut. Detta resulterar i att klienten är sjukare, mera vårdkrävande och otrygg idag. OPC-mätaren är uppbyggd enligt Rooper-Logan-Tierneys modell för vårdarbete och förespråkar trygghet i miljön.⁵³ Enligt resultatet från våra intervjuer framkommer det att brist på personal orsakar stress och samtidigt ökar personalens vårdansvar, samt att patientens individuella vårdbehov kan påverkas negativt av tidsbristen. Enligt tidigare forskningsresultat framkommer det att om vårdtyngden och personalresurserna är i obalans, tillgodoses inte patientens vårdbehov optimalt och detta leder till både fysisk och psykisk stress för personalen⁵⁴. Det framkommer även att vården idag ska fungera med minsta möjliga resurser. Det får inte märkas att något fattas, att någonting händer eller blir allmänfarligt. Det som borde syns inte synas. Detta innebär att den ansvarsmässiga delen ökar för vårdpersonalen som arbetar med en stark caritativ hållning och vill sin medmänniska väl⁵⁵. Det som informanterna nämner är det omätbara inom vården och

⁵³ Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S. m.fl. 1998, 24-26.

⁵⁴ Rauhala, A. 2007, 498

⁵⁵ Eriksson, K. 1993, 21, 65.

RAFAELA-vårdtyngdsmätare kan därmed användas som ett fungerande instrument för att mäta den ökade arbetsmängden.⁵⁶

De faktorer som har framkommit är att klienten inom hemvård beskrivs som äldre idag, sämre i skick, sjukare och mera vårdkrävande samt lever längre idag. Klienten benämns även som vårdtung av informanterna och mera otrygg. Vårdtiderna på anstalt beskrivs som kortare idag än förr och idag behöver man mera vård. Patienter i livets slutskede vårdas i allt större utsträckning hemma så långt som möjligt. Därmed har vården blivit mera avancerad och tyngre, med mera betoning på själva vården.

Tidsbrist förekommer i samband med klienternas vårdplaner och det nämns som en arbetsbelastning. Vårdplanerna nämns som en stressande faktor. Tidsbristen är den största orsaken till att de inte blir uppdaterade och färdiga, samt att telefonen upptar mycket av arbetstiden. Det administrativa tar upp oerhört mycket tid, enligt informanterna. Det framkommer även att vissa hemvårdsområden saknar egen läkare som kan göra hembesök hos klienten. Det framkommer även att det finns för lite personal för antalet klienter idag, att man inte har tillräckligt med tid för varje klient. Vikariebristen orsakar stress och det är det ansvarsmässiga som ökar.

Utvärdering av studeranden upplevs som arbetsbelastande. Sekretess och tillstånd försvårar tillgången till vårdjournaler, enligt informanterna. Organisationen beskrivs som att en inte fungerar i praktiken samt att språkproblem förekommer, vilket kan försvåra arbetstillvaron. Organisationen beskrivs även som oorganiserad och patienterna är orättvist fördelade mellan de olika teamen. Det nämns även att det uppkommer nya arbetsuppgifter samt att informationen inte alltid stämmer. Det beskrivs att vården alltid ska gå runt på minsta möjliga resurser, vilket upplevs som tungt av informanterna. Det framkommer även i intervjuerna att om arbetstagarens dagsplanering spricker och man blir tvungen att göra annat än det planerade, upplevs det som stressande.

Klientens hem beskrivs som trångt, råddigt och oergonomiskt, samt att oplanerade händelser ofta är arbetsbelastande. Bristen på hjälpmedel i hemmet är en stressfaktor.

Andra faktorer som upplevs som arbetsbelastande är vädret, hala och dåliga vägar, hala golv i sanitetsutrymmen, trappor, dålig belysning och aggressiva husdjur. Missbrukarklienters vänner beskrivs som otrygga och de ger en känsla av obehag. Medicindelning orsakar också en viss stress, speciellt om läkemedel fattas vid planerad

⁵⁶ Rauhala, A. 2008, 112.

utdelning. Det framkommer även att körtiden mellan klienterna inte räknats in i tidsplaneringen för dagen och att det är problematiskt att hitta en parkeringsplats. Att det ibland kan vara långa köravstånd mellan klienterna nämns även av informanterna. Det nämns även i intervjuerna om slitaget på personalens egna privata bilar, att yttre skador kan uppkomma samt parkeringsböter.

Syftet med vårt lärdomsprov var att kartlägga vilka faktorer som inom öppna vården har en förmåga att påverka hur man upplever vårdintensiteten. Svaret på forskningsfrågan besvarades och resultatet från intervjuerna visade sig vara väsentliga och berörde våra frågor. Tidigare forskning kan relateras till vårt resultat och visar att svaren är tillförlitliga. Vårt lärdomsprov kan användas i vidare forskning inom området för att implementera RAFAELA-systemen inom öppna vården.

Resultatet visar att det har blivit mera avancerad sjukvård i hemmet. Klienten i öppna vården är sämre i skick, sjukare och mera vårdkrävande. Vidare anser informanterna att vårdplaner är mycket tidskrävande. Något som alla informanter nämnt är tidsbristen hos klienten. Det framkom även att vården ska fungera med minsta möjliga resurser, vilket resulterar i att ansvarsfrågan ökar i betydelse. Fram till analyseringsstadiet trodde vi att bilkörningen var en arbetsbelastning inom öppna vården, men resultatet visar att bilkörning ger tanketid och upplevs som avslappnande. Detta var nog den största överraskningen i hela undersökningen för oss. Vi anser härmed att vi har fått svar på vår forskningsfråga, genom att med insamlad data ha undersökt vilka faktorer som upplevs som belastande inom öppna vården, faktorer som inte är direkt patientrelaterade.

Att välja att skriva ett lärdomsprov om ett ämne som är totalt främmande för en själv, kräver att man fördjupar sig innan man kan gå vidare. Det har varit intressant samtidigt som det har varit ett svårt område. Det har gett oss mycket och idag innehar vi en förståelse för hur man mäter det omätbara.

7.1 Kritisk granskning

Här presenteras tillförlitligheten i vårt lärdomsprov enligt Larssons *Om kvalitet i kvalitativa studier*. Kvalitetskriterierna som tas upp är perspektivmedvetenhet, innebördsrikedom samt konsistens.

7.1.1 Perspektivmedvetenhet

Enligt Larsson är sanningen relativ, verkligheten kan beskrivas som att det alltid finns ett perspektiv bakom. För att få förståelse för något måste man kunna relatera olika delar till varandra och få en helhetsbild. Då man börjar tolka något obekant har man ändå en slags föreställning om vad det kan betyda och detta förändras hela tiden under tolkningsprocessen. Utgångspunkten för förståelsen är tolkningen och man får då fram forskarens perspektiv på ämnet. Det är inte lätt att redovisa förståelsen. Man måste kunna välja ut det relevanta ur materialet, vilket kan betyda att man plockar fram tidigare tolkningar eller redovisningar. Man närmar sig då på det sättet det som ska tolkas.⁵⁷

Genom vårt lärdomsprov fick vi möjligheten att bekanta oss med vårdintensitetsinstrumentet RAFAELA. Vi började med att läsa in oss på tidigare forskning samt annan litteratur inom området, för att på det sättet få en bild av vad RAFAELA-systemet innebär. Under processens gång har vi fått en djupare förståelse för ämnet. För att få en bredare perspektivmedvetenhet använde vi oss av informanter både på landsbygd och i stadsmiljö. Vi ville se om det finns olikheter mellan dem och har kommit fram till att det till viss del fungerar lite annorlunda på landsbygden.

I början av undersökningen insåg vi inte arbetets hela omfattning. Att formulera egna intervjufrågor som även skulle vara resultatbringande, intervjuva två oberoende piloter samt 16 vårdarbetare är stort. Från första början var vår plan att utföra enskilda personliga intervjuer, men på begäran av informanterna utfördes ungefär hälften av intervjuerna i grupper. Bearbetningen av intervjumaterialet var omfattande och tidskrävande.

7.1.2 Innebördsrikedom

I kvalitativa studier handlar det om att resultatet ska ge ämnet ny innebörd. Detta betyder att man måste fästa särskild uppmärksamhet på hur innebörden skapas. Då man framställer resultatet är innebördsrikedomen grundläggande för tolkningens värde eftersom det är då de olika nyanserna framkommer. Har man använt sig av en kvalitativ metod är innebördsrikedomen av centralt värde.⁵⁸

Vi har strävat till att få en djupare förståelse för ämnet samt få fram andra faktorer än de som redan finns inom systemet. Vi tycker att vi har lyckats både med att fördjupa oss inom

⁵⁷ Larsson, S. 2005, 3-4.

⁵⁸ Larsson, S. 2005, 11-12.

ämnet samt fått fram olika faktorer som påverkar inom öppna vården, eftersom systemet är utvecklat enligt sjukhuskontext och samma faktorer ej anses som arbetsbelastande där.

7.1.3 Konsistens

Här bygger man upp tolkningen av en del och helheten. Innebörden byggs upp av de olika delarna i helheten samtidigt som varje dels innebörd beror på helheten. Helhetsbilden förändras hela tiden av våra tolkningar och på det sättet får man fram helhetsbilden.⁵⁹

Vi byggde upp vår bild i den teoretiska delen med en liten del åt gången, för att till sist se helheten. I tolkningsdelen relaterade vi till teoridelen för att se de olika faktorerna som har framkommit under studiens gång och på det sättet få en helhetsbild av samspelet mellan teoridelen och resultatdelen.

⁵⁹ Larsson, S. 2005, 23

Litteratur

Andersson, I. (1988). *Vårdtyngd, vårdkvalitet och vårdorganisation – vårdens villkor vid minskade resurser*. Lund: Studentlitteratur.

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. (1998). *Vård och välbefinnande*. Jyväskylä: Gummerus printing.

Drevenhorn, E. (2010) *Hemsjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1993). *Pro caritate. En lägesbestämning av caritativ vård*. Vasa: Åbo Akademis Tryckeri.

Fagerström, L. (2000). *Patientens vårdbehov. Att förstå och mäta det omätbara*. (Doktorsavhandling). Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Fagerström, L., Eriksson, K. & Bergom, EI. (1999). The patient`s perceived needs: Measuring the unmeasurable. *International Journal of Nursing Practice*, 5, 199-208.

Fjällström-Nygård, L. (2012). OPC-mätarutbildning. [Online]
<http://www.rafaela.fi/~rafaela/sites/default/files/Rafaela/Muu%20materiaali/POLIHOIq%20m%C3%A4tarutbildning%20-20120606.pdf>; (hämtat: 18.10.2012).

Frilund, M. & Fagerström, L. (2009). Validity and reliability testing of the Oulu patient classification: instrument within primary health care for the older people. *International Journal of Older People Nursing*, 4, 280-287.

Frilund, M. & Fagerström, L. (2009). Managing the optimal workload by the PAONCIL method – a challenge for nursing leadership in care of older people. *Journal of Nursing Management*, 17, 426-434.

Hägg, T. (2007). [Online]

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/3_2007/muut_artikkelit/kuntoutumista_edistavan_tyotavan/ (Hämtat: 03.04.2013)

Ikonen, E-J. & Julkunen, S. (2008) *Hemvård i utveckling*. Opetushallinto. Edita Print Oy.

Justitieministeriet (2000) [Online]

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2000/20000812> (Hämtat: 16.01.2013).

Justitieministeriet (2010) [Online]

<http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2010/20101326> (Hämtat: 17.02.2013).

Justitieministeriet (1994) [online]

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1994/19940559> (Hämtat: 12.04.2013).

Kanerva, A. (2011). [Online] Introduktion av Rafaela-systemet.

<http://www.rafaela.fi/~rafaela/sites/default/files/Rafaela/Muu%20materiaali/Introduktion%20av%20RAFAELA%20-systemet%20-20120605.pdf>; (Hämtat: 17.10.2012).

Kirkevold, M. (1994). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, S. (2005). [online]
http://www.academia.edu/327373/Om_Kvalitet_I_Kvalitativa_Studier

(Hämtat: 20.04.2013).

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2003). *Etiikan hoitotyö*. WSOY.

Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P. & Hyde, A. (2007). Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 57, 463-471. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17284279> (Hämtat: 16.10.2012).

Rauhala, A. (2008). *The Validity and Feasibility of Measurement Tools for Human Resources Management in Nursing. Case of the RAFAELA System*. Kuopio: Kuopio university library.

Rauhala, A. & Fagerström, L. (2007) Are nurses' assessments of their workload affected by non-patient factors? An analysis of the RAFAELA system. *Journal of Nursing Management*, 15, 490-499. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17576247> (Hämtat: 17.10.2012).

Thorsell, K. (2010). *Utveckling av en metod, Care Optimizer för mätning av vårdbehov och resursanvändning inom kommunal äldreomsorg*. Lund: Lund Universitet.

Valvira (2013). [Online]
http://www.valvira.fi/se/styrning_och_tillsyn/tillsyn_av_socialvarden/aldreomsorgen
(Hämtat: 16.01.2013).

Vetenskapliga samfundets delegation (2011). [Online]
<http://www.tenk.fi/sv/anvisningar.html> (tillgängligt 16.10.2012).

BILAGA 1

Huvudtema 1: Patienten i öppenvård

1. Beskriv patienten inom öppna vården idag.
2. På vilket sätt har hemvårdspatienten förändrats under de senaste åren?

Huvudtema 2: Mångprofessionellt samarbete

1. Beskriv vad dina arbetsuppgifter består av inom öppna vården.
2. Beskriv hur samarbetet inom det egna arbetsteamet fungerar.
3. Beskriv samarbetet med andra yrkeskategorier och enheter.

Huvudtema 3: Anhöriga

1. Beskriv anhörigas betydelse inom öppna vården.
2. Beskriv samarbetet med anhöriga.

Huvudtema 4: Hemvård som arbetsfält

1. Beskriv hemvården/ hemsjukvården som organisation.
2. Beskriv hemmet som arbetsmiljö.
3. Beskriv arbetssäkerheten inom öppna vården.

Huvudtema 5: Personalens välbefinnande

1. Vad anses som dåligt arbete och orsakar stress? Beskriv.
2. Vilka är de vanligaste orsakerna till att du upplever att du har för mycket att göra?
3. Vilka andra orsaker kan påverka arbetsbelastningen inom öppna vården?

BILAGA 2

Vi är två sjukskötarstuderande vid Yrkeshögskolan Novia, Johanna Bäckström och Mikaela Laxström. Vårt lärdomsprov skrivs under perioden hösten 2012 och våren 2013. Vi forskar i om man kunde införa RAFAELA-systemet inom öppna vården. Det är ett beställningsarbete av Lisbeth Fagerström, som är professor inom hälsovetenskap vid Buskerud Universitet i Drammen, Norge.

RAFAELA – systemet mäter patients individuella vårdbehov i förhållande till personalresurserna och består av 3 olika delar; Oulu Patinet Classification (OPC), Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level (PAONCIL) och en personaldel. Med hjälp av dessa tre olika mätinstrument är det möjligt att fastställa enhetens optimala vårdintensitetsnivå.

Vi blev erbjudna att forska i RAFAELA – systemet för att undersöka vilka andra faktorer som upplevs belastande inom öppna vården, faktorer som inte är direkt patientrelaterat. Vi kommer att intervjua 8 sjukskötare och 8 närvårdare med lång erfarenhet inom området. Under de senaste åren har Rafaela systemet testats också inom primärvården och resultatet visar att mätinstrumentet är tillförlitlig inom äldrevården. Metoden är idag utvecklad enligt sjukhus och institutionskontext, men eftersom andra faktorer kan påverka inom öppna vården, behövs det göras en utredning inom området.

Forskningen du deltar i är anonym och din personliga integritet skyddas mot skador, både fysiskt och emotionellt och baserar sig på rätten till självbestämmande. Vid intervjuerna ställs öppna frågor med följdfrågor för att utveckla svaren. Intervjuerna spelas in på band och analyseras genom bearbetning av materialet. Intervjumaterialet förstörs efter bearbetning.

Nedervetil 11.12.2012

Johanna Bäckström

Mikaela Laxström

Avtalsvillkor för examensarbete

Avtal mellan studerande och uppdragsgivare.

1.Handledning och ansvarsfördelning

Studerande ansvarar för examensarbetets genomförande och resultat. Yrkehögskolan Novia ansvarar för att studerande får såväl ämnesmässig som vetenskaplig handledning. Ifall uppdragsgivaren önskar konsultation av handledaren kommer man överens om detta separat. Uppdragsgivaren ansvarar för att studerande får behövligt material, information och eventuellt övrigt stöd som behövs i processen.

2. Uphovsrätt

Studerande har upphovsrätt till sitt examensarbete i enlighet med Lagen om upphovsrätt (8.7.1961/404).

3. Offentlighet samt affärs- och yrkeshemligheter

Ett godkänt examensarbete är offentligt och bör sammanställas så att det inte innehåller affärs- och yrkeshemligheter eller andra sekretessbelagda myndighetshandlingar enligt Lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (21.5.1999/621). Affärs- och yrkeshemligheter samt sekretessbelagda uppgifter ska sparas som bakgrundsmaterial så att man vid vitsordsbedömning kan beakta såväl den offentliga som den sekretessbelagda delen av examensarbetet.

Studeranden och uppdragsgivaren förbinder sig att hemlighålla all sådan konfidentiell information samt alla sådana affärs- och yrkeshemligheter som

framkommit såväl före, under och efter uppdraget. Sekretessen gäller även dokument och myndighetshandlingar. Sekretessplikten gäller i 5 år.

Studerande har ansvar för att uppdragsgivaren bereds tillfälle att bekanta sig med det färdiga examensarbetet minst 14 dagar före publicering. På basen av denna förhandsgranskning ska uppdragsgivaren avge en skriftlig redogörelse för de delar i examensarbetet som inte får publiceras.

Presentationstillfället för examensarbetet är offentligt. Studerande har tillsammans med uppdragsgivare ansvar för presentationens innehåll.

Studerande bär ansvar för att det godkända examensarbetet överläts till uppdragsgivaren i önskat format samt att examensarbetet lämnas in i elektronisk format till Novias bibliotek för uppladdning till yrkehögskolornas webbportal. Theseus.

4. Arbetsförhållande och ersättning

Om uppdraget innefattar ett eventuellt arbetsavtalsförhållande med tillhörande lön och/eller annan ersättning, bör studerande och uppdragsgivare avtala separat om detta. Ifall det inte finns ett arbetsavtalsförhållande med uppdragsgivaren har den studerande en olycksfallsförsäkring via Yrkehögskolan Novia.

5. Tillämpad lag och konfliktlösning

Tillämpning av detta avtal enligt gällande lag i Finland och tvist rörande tolkning och/eller tillämpning av detta avtal avgörs av tingsrätt.

VI HAR GEMENSAMT KOMMIT ÖVERENS OM ATT LÄRDOMSPROVET FÖRVERKLIGAS PÅ DET SÄTT SOM BESKRIVS OVAN

26 / 04

20 13

Mikaela Laxström, Emma Bäckström
Studerande

7 / 4

20 13

Niklas Fogelberg
Uppdragsgivare

BILAGA/ARBETSPLAN FÖR LÄRDOMSPROV

Yrkehögskolan Novia
PB 6, Fabriksgatan 1
65201 Vasa
Tfn (06) 328 5000 (växel)
www.novia.fi

BILAGA 4



Medgivande till att examensarbetet publiceras i webb biblioteket Theseus

Studerande måste alltid ge sitt medgivande till att examensarbetet publiceras på nätet och studerande kan avstå från att publicera på nätet men i så fall bör ett tryckt exemplar som läggs ut i biblioteket lämnas in.

Undertecknad ger YrkesHögskolan Nova rätt att utan ersättning publicera mitt examensarbete i det elektroniska biblioteket Theseus.

KRONOBY

26 / 04 2013

Ort

Datum

Johanna Bäckström

Johanna Bäckström

Mikaela Laxström

MIKAELA LAXSTRÖM

Underskrift

Namnförtydligande(texta!)